

Zur praktischen Relevanz der phänomenologischen Diskussion um Gesundheit und Krankheit

Gaßmann, Raphael

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Gaßmann, R. (1996). Zur praktischen Relevanz der phänomenologischen Diskussion um Gesundheit und Krankheit. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 19(2), 122-127. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-36357>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Zur praktischen Relevanz der phänomenologischen Diskussion um Gesundheit und Krankheit

Raphael Gaßmann

"Der heutige Arzt hat zwar die technischen Möglichkeiten, den Patienten wie einen gläsernen Menschen bis in das letzte körperliche Detail zu durchleuchten und zu durchschauen, aber der Blick für den ganzen Menschen ist ihm verloren gegangen. (...) Daß eigentlich *jeder Patient bei jeder Krankheitsepisode als ganzer Mensch erkrankt*, die Krankheit als ganzer Mensch erlebt und auch als ganzer Mensch ärztliche Hilfe benötigt, vor diesem Anspruch hat die krankheitsorientierte Organmedizin stets die Augen verschlossen. Aus ihrer Sicht gelten Patienten, bei denen anläßlich einer Krankheit Probleme der gesamten Persönlichkeit zutage treten, als 'schwierig'" (Sturm 1983, S. 79).

Das Ausmaß der praktischen Konsequenzen eines so beschriebenen Selbstverständnisses der bis heute dominanten medizinischen 'Schule' wird wesentlich durch das von ihr beanspruchte medizinische Behandlungsmonopol bestimmt. An den Kranken oder um seine Gesundheit Bemühten werden zwei eindeutige Erwartungen gerichtet: Er hat sich von niemand anderem als einem Arzt und nirgendwo anders als in einer Praxis oder einem Krankenhaus behandeln zu lassen. Das sich solchermaßen gerierende ärztliche Selbstverständnis zeigt, mehr oder minder durch Qualifikation begründet, seine Wirkung auf das Krankenverhalten der Allgemeinheit in Form einer häufig zu beobachtenden Selbstentmündigung (Student 1991, S. 104 ff.). Daß der passive Patient im eigenen Interesse und ohne Anleitung zu handeln beginnt, ist zwar unmöglich zu leugnen, wird jedoch, je nach Standpunkt des medizinischen Betrachters in der Regel ignoriert oder als 'vor-' bzw. 'prämedizinische Phase' begriffen bzw. abgelehnt. Einhelliger und pauschaler noch gerät die in der medizinischen Literatur und Praxis gängige Kritik 'okkulten', im Sinne nicht universitär akzeptierter, nicht von approbierten Ärzten ausgeübter (Be-)Handlungspraktiken.¹

Das mit derartigen Attitüden verbundene Mißtrauen gegenüber der Kompetenz des Behandelten bezüglich seiner selbst, in den Konsequenzen hinreichend bis zur Ver-

1 Es "besteht die Gefahr, daß sich die Patienten mit ihren unbefriedigten magischen und metaphysischen Bedürfnissen (oft zum Schaden ihrer Gesundheit) in zunehmendem Maße paramedizinischen Heilpraktiken oder heilversprechenden Sekten zuwenden" (Uexküll/Wesiack 1991, S. 594).

weigerungshaltung des Arztes, so jener Bestrebungen zeigt, sich vom 'Patienten' zum 'Aktienten' (Geue 1990, S. 29 ff.) zu entwickeln, erscheint vor dem Hintergrund der medizin-historischen Entwicklung als durchaus folgerichtig.

Während der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts erlangte das bis in die Gegenwart intellektuell und gesellschaftlich dominierende naturwissenschaftliche Denken umfassende Gestalt. Inspiriert von den durch *Bacon* und *Descartes* im frühen 17. Jahrhundert formulierten Ansätzen veränderten sich Gewinnung, Prüfung und damit die Struktur des so erlangten Wissens und seine Anwendung nachhaltig. "An die Stelle einer mehr oder weniger anschauungsverhafteten Wahrheitssuche trat (...) ein funktionalistisches Modelldenken (...) das zwar die Natur zunehmend beherrschen, aber keineswegs verstehen half" (Brämer 1986, S. 20).² Die moderne Medizin schloß sich dieser Entwicklung zögernd zunächst, dann jedoch umso vehementer an, gründete ihre neue Konzeption auf das naturwissenschaftliche Fundament.³ "Nüchterne Beobachtung trat an die Stelle der Spekulation; eine lokalistische Krankheitsauffassung ersetzte (...) Annahmen vom Blut als dem Träger der Krankheit und von der schlechten Mischung der Säfte als Krankheitsursache. Das war die große Zeit der Kliniker, die viele Krankheiten erstmals exakt beschrieben und von anderen abgrenzten" (Huerkamp 1985, S. 90). Die Frage, ob es angemessen sei, Krankheiten zu behandeln oder einen erkrankten Menschen, wurde von diesem Ausgangspunkt im 19. auch für das folgende Jahrhundert definitiv entschieden. Es geht den ÄrztInnen des 20. Jahrhunderts um die Behandlung von Krankheiten" (Student 1991, S. 104). Dabei scheint schon "der Plural *Krankheiten* (...) sinnlos wie der Plural von *Gesundheit*" (Dethlefsen/Dahlke 1991, S. 17), doch ist es nur mit seiner Hilfe möglich, die Trennung zwischen dem Subjekt Mensch und dem vorgeblich objektivierbaren Symptom als Voraussetzung der medizinischen Konzentration auf dieses unter Abstraktion von jenem gleichermaßen zu konstituieren wie zu offenbaren. Diese Medizin muß gegenwärtig in "ihrem Gesamtkonzept (...), gemessen an ihren eigenen, naturwissenschaftlichen

-
- 2 Die wissenschaftliche Attitüde, Natur als große, prinzipiell verfü- und beherrschbare Maschine zu denken, ist Grundlage eines Kontinuums "der Selbstüberschätzung der modernen Intellektuellen" (Lepénies 1993, S. 131), dessen Beginn in der Regel mit der Französischen Revolution datiert wird, tatsächlich jedoch deutlich früher zu setzen ist.
 - 3 Bis heute ist dieses Fundament, den Aufbau des Grundstudiums der Medizin (sog. 'vorklinische' Studienphase) beherrschend, niedergeschrieben. Als wesentliche Folge der Entwicklung muß festgestellt werden, "daß seit der Abschaffung des Philosophikums in der ärztlichen Ausbildung, d.h. seit das Studium der Medizin mit dem Physikum beginnt, die meisten Ärzte sich gar nicht bewußt sind, auf welcher philosophischen Grundlage sie tätig werden" (Schenkel 1989, S. 29). Seit inzwischen vielen Jahrzehnten "ist nicht zu übersehen, daß die Situation an den Universitäten (strukturell) stagniert und dort mehr denn je die unmittelbar vorzeigbare technische Umgangsweise mit den Menschen dominiert" (Speidel/Strauß 1989, S. V).

Prinzipien, als unwissenschaftlich bezeichnet werden" (Schenkel 1989, S. 31),⁴ hat sie es doch versäumt, die Bereicherung der modernen Physik um den subjektiven Faktor mit- oder zumindest nachzuvollziehen. Die von ihr bewirkte Verdrängung des Menschen aus der Humanmedizin, in ursächlicher Verbindung "zur Illusion einer 'objektiven Erkenntnis', wie sie der immer noch wirksame Positivismus des 19. Jahrhunderts vertritt" (Uexküll/Wesiack 1991, S. 583), firmiert in der aktuellen Diskussion als 'biomechanisches Modell'. Dessen Grundannahme läßt sich "in einem Satz zusammenfassen (...): Krankheiten sind das Ergebnis im Körper beginnender Leistungsveränderungen" (Mitscherlich 1984, S. 140).⁵ Doch die der allgemeinen Akzeptanz und Verbreitung offenbar so dienliche wie schlichte "Vorstellung, mit einer einzigen Hypothese das Zustandekommen aller Krankheiten des Menschen erklären zu können, stellt eine (...) Allmachtsphantasie dar".

Solch Begrenztheit in Theorie und Praxis reflektierend, entwickelte sich aus der Psychosomatik-Diskussion der Ansatz des 'bio-psycho-sozialen' Modells. Es ist nicht lediglich als Ergänzung des biomechanischen Modells um psychische und soziale Faktoren zu verstehen. Vielmehr kennzeichnet der Begriff ein integratives Denken, das biologische Vorgänge als Grundlage psychischer Systeme begreift. Dabei wird die Psychologie als Bearbeitungsmöglichkeit für Probleme verstanden, die sich einer Lösung auf der biologischen Ebene entziehen. Sinngleiches gilt hier für das Verhältnis von Psychologie und Soziologie. Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells ist die Annahme des Ablaufs von Prozessen auf jeder Ebene hierarchisch gegliederter lebender Systeme, "die über 'somato-psycho-soziale' Aufwärts-Effekte von der Zelle bis zur sozialen Gruppe und über 'sozio-psycho-somatische' Abwärtseffekte von der sozialen Gruppe bis zur Zelle Auswirkungen in dem System und auf das System als Ganzes haben. Das gilt sowohl für lebenserhaltende Prozesse, als auch für Störungen" (Uexküll/Pauli 1990, S. 4). Die diesem Ansatz in der

- 4 Die Autorin erörtert anhand der etwa seit 1845 von den Physiologen Brücke, DuBois Reymond, Helmholtz und Ludwig ausgehenden Erfolge eines rein physikalisch-chemischen Ansatzes, daß "der Ausschluß des Psychischen als Gegenstand der Untersuchung des Menschen vor 140 Jahren methodisch zunächst durchaus einleuchtend (war). Der weitergehende Anspruch, menschliche Existenz auf physikalisch-chemische Prozesse reduzieren zu wollen, kann wissenschaftstheoretisch in keiner Weise gerechtfertigt und psychologisch nur als Omnipotenzphantasie betrachtet werden" (Schenkel 1989, S. 36). "Die moderne Medizin scheitert (...) nicht an den Möglichkeiten ihres Handelns, sondern sie scheitert an dem Weltbild, auf das sie - oft stillschweigend und unreflektiert - ihr Handeln aufgebaut hat. Die Medizin scheitert an ihrer Philosophie - oder genauer formuliert - am Fehlen einer Philosophie" (Dethlefsen/Dahlke 1991, S. 14).
- 5 Balint referiert eine Erweiterung dieser monokausalen Definition um den Faktor des 'äußeren Agens' (vom Gift über den Bazillus bis zum seelischen Trauma) als Ursache der 'Leistungsveränderung'. "Die entsprechende Behandlung besteht (...) darin, dieses 'Böse' aus uns hinaus zu befördern. Auf dieser primitiven Idee beruhen zahllose Prozeduren, von der archaischen Magie und Teufelsaustreibung (...) bis zu so manchen unnötigen chirurgischen Operationen" (Balint 1991, S. 341).

Fachdiskussion zunehmend entgegengebrachte Akzeptanz wird häufig als 'Paradig-mawechsel' verstanden. Ihn charakterisiert vorrangig der Versuch, den im biomechanischen Modell angelegten, separierenden Dualismus von Körper und Psyche, Leib und Seele, aufzuheben, der die Grenzen einer sich stets weiter symptomorientiert spezialisierenden Medizin immer deutlicher zutage treten läßt. Zudem enthält er eine zwischen Symptom und Krankheit differenzierende Sichtweise. Beide Modelle eint hingegen bei unterschiedlichem Verständnis hinsichtlich der Ursachen, Folgen und Bedeutungen von Krankheit(en) die Annahme von Gesundheit als Normal- und Ausgangszustand des menschlichen Seins. Hieraus folgt ihr gemeinsames zentrales Erkenntnisinteresse bezüglich der Entstehungsbedingungen von Krankheit.

Einen auch strukturell neuen Schritt vollzieht hingegen ein Denkmodell, das den Zustand fortwährender Heterostase, eines inkonstanten Ungleichgewichts zwischen Gesundheit und Krankheit, annimmt, in dem sich das Individuum bewege. Aus dieser Hypothese folgt ein gleichrangiges Interesse an pathogenetischen (krankheitsfördernden) als auch salutogenetischen (gesundheitserhaltenden) Faktoren (grundlegend dargestellt in Antonovsky 1979). Auch hier jedoch ist die vertraute Dichotomie von Gesundheit und Krankheit zu beobachten. Bestehen Möglichkeiten, sie zu verlassen, etwa "Krankheit und Gesundheit zum einen zusammenzudenken und zum andern (...) einmal das eine als Weg oder Ziel und ein andermal das andere als dieses zu begreifen (, ...) eine ständige Wieder-Neuorientierung (...) auf das Mögliche hin" (Henzler 1990, S. 191) zu denken?

Dieser Gedankengang führt zu einer derzeit unkonventionellen Zielvorstellung: Gesundheit könnte unter anderem verstanden und erlebt werden als die "Fähigkeit, Konflikte auszuhalten, Widerstände zu leisten, unter Streß zu leben, sein Leben zu meistern, und damit auch: krank werden zu ertragen und sein Leiden sinnvoll zu machen" (Schipperges 1988, S.650).

Solch derzeit noch unkonventionelles Konzept findet sich in deutlichem Gegensatz zur Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von Gesundheit "als Zustand vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens" (aus der Charta der WHO zitiert nach Geue 1990, S. 4). Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit ist vielerlei Relativitäten unterworfen, von der sehr subjektiven des einzelnen Menschen bis hin zur kulturellen im globalen Sinn. Gerade letztere scheint die - politisch durchaus nachvollziehbare - Zielvorgabe der WHO zu ignorieren. Das Absolute ihres Anspruchs erweitert zwar die begrenzte Blickrichtung einer organfixierten Medizin, ist jedoch "so utopisch, daß (...) die alltägliche Erfahrung des Krankhaften, Beschädigten und Vergänglichen mutlos machen" (Geue 1990, S. 6) muß.⁶ Demgegenüber sieht der beschriebene relative Gesundheitsbegriff, der die Fähigkeit zur Krankheitsbewältigung im weitesten Sinne einschließt, "realistisch, daß für viele Menschen Gesundheit nicht das höchste

Gut im Leben darstellt. Gesundheitsnormen stehen häufig im Gegensatz zu einem wichtigeren Ziel, nämlich Glück. Damit ist allen paternalistischen Ansätzen von Gesundheit eine Absage erteilt" (Schreiber-Weber/Schulz-Sery 1993, S. 107). Eine Berücksichtigung dieses Ansatzes in der medizinischen Theorie, Lehre und Praxis, die Relativierung der eigenen Möglichkeiten und Funktionen, wäre ein wichtiger Schritt der Medizin auf ihrem Weg in die Moderne.

Literatur

- Antonovsky, Aaron, 1979: Health, Stress and Coping. London.
- Balint, Michael, 1991: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Stuttgart.
- Brämer, Rainer, 1986: Heimliche Komplizen? Zur Rolle der Naturwissenschaften im Dritten Reich. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, Heft 12/86. S. 15-30.
- Dethlefsen, Thorwald; Dahlke, Rüdiger, 1991: Krankheit als Weg. Deutung und Be-Deutung der Krankheitsbilder. 8. Aufl., München.
- Gawatz, Reinhard; Novak, Peter (Hrsg.), 1993: Soziale Konstruktionen von Gesundheit. Wissenschaftliche und alltagspraktische Gesundheitskonzepte. Ulm.
- Geue, Bernhard, 1990: Therapieziel: Gesundheit. Berlin, Heidelberg.
- Henzler, Rosemarie, 1990: Das Rätsel annehmen. Gesundheit und Krankheit - die Suche nach einem Sinn in all dem Chaos. In: Süddeutsche Zeitung, Nr. 142/90, S. 191.
- Huerkamp, Claudia, 1985: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens. Göttingen.
- Mitscherlich, Alexander, 1984: Die psychosomatische und die konventionelle Medizin. Von der Bedeutung sozialer Vorentscheidungen für die medizinische Forschung und Praxis. In: Mitscherlich, Alexander; Brocher, Tobias; Mering, Otto von; Horn, Klaus (Hrsg.), Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Frankfurt a. M., S. 140-152.
- Schenkel, Henrique, 1989: Das Paradigma der reinen Biomedizin ist unwissenschaftlich. In: Saladin, Peter; Schaufelberger, Hans Jürg; Schläppi, Peter (Hrsg.), "Medizin" für die Medizin. Arzt und Ärztin zwischen Wissenschaft und Praxis, Festschrift für Hannes G. Pauli. Basel, Frankfurt a. M., S. 25-38.
- Schipperges, Heinrich, 1988: Wertewandel und Gesundheit. In: Universitas, 43. Jg., Heft 6, S. 650-658.
- Schreiber-Weber, Eckhard; Schulz-Sery, Claudia, 1993: Der Allgemeinarzt in der primären Gesundheitsversorgung. Grenzen und Möglichkeiten. Mit einem Vorwort von Ellis Huber. Frankfurt a. M.
- Spijk, Piet van, 1993: Gesundheitskonzepte in historischer Perspektive. In: Gawatz, Reinhard; Novak, Peter (Hrsg.), Soziale Konstruktionen von Gesundheit. Wissenschaftliche und alltagspraktische Gesundheitskonzepte. Ulm, S. 47-59.
- Speidel, Hubert; Strauß, Bernhard (Hrsg.), 1989: Zukunftsaufgaben der psychosomatischen Medizin. Deutsches Kollegium für psychosomatische Medizin 12.-14. November 1987. Berlin, Heidelberg.
- Student, Johann-Christoph, 1991: Von der Schwierigkeit der Ärzte im Umgang mit sterbenden Menschen. In: Laaser, Ulrich; Wolters, Paul (Hrsg.), Forum Gesundheitswissenschaften. Bielefeld, S. 102-112.

- Sturm, Eckart, 1983: Renaissance des Hausarztes. Konzept für eine wissenschaftliche Grundlegung hausärztlicher Tätigkeit und für eine Wissenschaft vom Patienten. Berlin, Heidelberg, New York, Tokio.
- Uexküll, Thure von; Pauli, Hannes G., 1990: Das Allgemeine in der Medizin. Integrierendes ärztliches Denken, ärztliche Wissenschaft und Ausbildung. In: Allgemeinmedizin, 19. Jg., Heft 1, S. 1-11.
- Uexküll, Thure von; Wesiack, Wolfgang, 1991: Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. 2., durchgesehene Aufl., München, Wien, Baltimore.

Raphael Gaßmann
Mondstraße 1 B
D-48155 Münster
Tel.: 0251 / 31 47 38

Raphael Gaßmann ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Dortmunder Institut für Gerontologie. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in verschiedenen Bereichen der Medizinsoziologie sowie der Bildungsforschung. Publikationen vergangener Jahre sind vor allem Suchtfragen sowie Aspekten der Sterbebegleitung gewidmet.